Über die sogenannten Vorstadien der freien Gelenkkörper im menschlichen Kniegelenk.

Jnauguraldissertation

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde.

Von Robert Luft, approb. Arzt
aus Oelsnitz i. Vogtland.

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Tag der Promotion:
3. Juni 1920.

Aus der chirurgischen Universitäts-Klinik der Charité zu Berlin.
Direktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hildebrand.

320

Auszug.

1. Definition des Begriffes »Freier Gelenkkörper«. Es können die verschiedensten Gebilde in den Gelenken die Symptome eines freien Körpers machen. Besprochen werden nur die typischen knoıpelknöchernen Solitärarthrophyten im Kniegelenk.

2. Geschichte der Forschung über diese Körper:

a) die traumatische Theorie von Paré, Monro, Reimar, Haller, Breschet, Poncet und Barth.

b) Laënnecs parasynoviale Theorie.

c) Broca, Paget, Poulet und Vaillard's Theorie der Nekrose und Exfoliation.

d) Königs Osteochondritis dissecans.

e) Axhausens neue experimentelle Grundlagen der »Osteochondritis dissecans« durch Erforschung der Vorstadien: das Primäre ist die durch ein Trauma verursachte umschriebene Nekrose eines Knorpelknochenstückes. Die Folgen dieser Nekrose sind die zelluläre Substitution des Toten vom Gesunden aus und die subchondrale Dissektion von den Markräumen aus. Beide Prozesse bedingen die Ablösung eines Körpers.

3. In 7 Fällen werden diese Vorstadien klinisch und röntgenologisch an der Hand von Skizzen, die nach den Aufnahmen angefertigt sind, gezeigt. Kritische Betrachtung dieser Fälle:

Die Aitiologie der primären Nekrose ist in vielen Fällen das Trauma. Dadurch kommt es zum Knorpelriß und zur Knorpelabhebung, zu umschriebenen nutritiven Störungen und Nekrose. Die auffällige Bevorzugung des medialen Kondylus erklärt sich aus der topographischen Anatomie und Mechanik des Gelenkes.

In einer großen Anzahl von Fällen ist **nicht** das Trauma die Ursache des Dissektionsprozesses, sondern ein zur Zeit noch unbekannter, selbständiger pathologischer Vorgang. Das Trauma bedingt nur die Auslösung des fertigen reien Körpers, wenn sein Vorstadium abgeschlossen ist. Dafür sprechen immer

wiederkehrende, ganz charakteristische anamnestisch klinische Beobachtungen. Das Leiden ist ein chronisch exazerbierendes, zeigt häufig lange Intervalle scheinbarer Besserung, im ganzen aber eine progressive Tendenz. Genau so wie die »Konsekutive Arthritis deformans« sind diese akuten Reizerscheinungen eine Fernwirkung der Nekrose und das Zeichen einer inneren Umwandlung des Gelenkes.

An Hand dieser Beobachtungen wird gegen **Barth's** rein traumatische Theorie scharf Stellung genommen.

Der weitere Verlauf des Vorstadiums führt zu einem Überwiegen der zellulären Substitution oder der subchondralen Dissektion, entsprechend der Schwere der Nekrose. So entstehen einerseits gestielte, andrerseits ungestielte Körper. Erstere werden spontan gelöst und geben Arthrophyten vom Typus B, letztere werden mechanisch gelöst und geben solche vom Typus A. Nach der Exfoliation entsteht im ersten Falle eine Knorpelrauhigkeit an der Ablösungsstelle, also ein Gewebsplus, im zweiten eine Usur, also ein Gewebsminus!

4. Das wichtigste Hilfsmittel in der Diagnostik der Vorstadien ist das Röntgenbild. Die anatomischen Grundlagen werden mit den Erscheinungen der Aufnahmen verglichen. Vor Täuschungen muß man sich hüten. An der Hand eines Falles wird eine solche typische Täuschungsstelle in der Tiefe der Fossa intercondyloidea besprochen.

5. Aus der Erkenntnis der Vorstadien ergibt sich die rationelle Therapie:

a) **Frühzeitiger Eingriff** während des Vorstadiums, um die entstehende konsekutive Arthritis deformans zu bekämpfen und das langdauernde Leiden abzukürzen.

b) **Radikaler Eingriff,** bestehend in weiter Arthrotomie, genauer Inspektion der Knorpelflächen und ausgiebiger Entfernung aller krank oder verändert erscheinender Stellen des Knorpels.

c) Eingriff, auch wenn das Röntgenbild negativ ist, die klinischen Beobachtungen aber für einen Dissektionsprozeß sprechen, weil der Schaden dann nur den Knorpel betroffen hat.